Fisteln und Dermoide der Sacro-coccygealregion.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

einer

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Ruprecht-Karls-Universität zu Heidelberg

vorgelegt von

Josef Karl Leschnik
aus Gleiwitz/Oberschlesien

LANE MEDICAL LIBRARY

Buchdruckerei Michael Krahl, Erlangen-Bruck
1939

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Ruprecht-Karls-Universität zu Heidelberg.

Dekan: Professor Dr. Runge
Referent: Dr. med. habil. Zenker

Wenn in dieser Arbeit von Sacraldermoiden und sacro-coccygealen Fisteln die Rede ist, so sei dazu gleich bemerkt, daß jeder dieser Ausdrücke in der Hauptsache nur als klinischer Sammelbegriff Geltung hat. Denn hinsichtlich ihrer Genese und Histologie sind diese Bildungen keineswegs einheitlich. Oehlecker, der sich mit diesen Fragen näher beschäftigt hat, nennt seine Arbeit „Sacralabszesse bei kongenitalen Hautverlagerungen". Er begründet dies folgendermaßen; da Entzündung durchweg das erste und am meisten hervortretende und auch irreführende Symptom der Krankheit ist, habe ich absichtlich in der Ueberschrift den Ausdruck Sacralabszeß gewählt. (Entzündliche Infiltrate in der Kreuzsteißbeingegend infolge kongenitaler Fisteln oder Hauteinsprengung ist wohl eine genauere Bezeichnung, aber für die Praxis zu lang.) Im Englischen heißt dieses Krankheitsbild pilonidal cyst.

Was die Bezeichnung Dermoid angeht, so wollen wir uns an die Borstsche Definition halten. Borst versteht darunter zystische Gebilde, die den Bau der Haut mit deren Anhangsgebilden zeigen. Fehlen diese Anhangsgebilde, so spricht man von einem Epidermoid. Nach der Darstellung von Lexer zeichnen sich die Dermoidzysten durch ihren fissuralen Sitz aus, d. h. sie bevorzugen mit Vorliebe jene Stellen, an denen in frühembryonaler Zeit Furchen oder Spalten sich schließen und Einsenkungen oder Vertiefungen vorhanden sind. So beobachtet man denn auch die Dermoide an den verschiedensten Körperstellen.

Küttner glaubt, daß die Dermoide am häufigsten in der Sacrococcygealregion lokalisiert seien. Dagegen

zeigt eine Zusammenstellung über 54 Dermoidfälle von Cederbaum aus der Breslauer Klinik, daß fast zwei Drittel davon am Kopf und nur drei am Kreuzbein saßen. Die Meinungen hierüber sind also nicht einheitlich. Berücksichtigt man jedoch neben den reinen Dermoiden, die an sich überhaupt nicht häufig und auch in der Sacrococcygealregion eher selten sind, ihre verschiedensten Folgezustände mit, so kann in Uebereinstimmung mit Mitteilungen anderer Kliniken (Winterstein, Truog) gesagt werden, daß die Lokalisation in der genannten Gegend am häufigsten vorkommt. Es ist verwunderlich, daß die Dermoide der Sacralregion eine starke Veränderung aufweisen. Pathologisch-anatomisch zeigen sie nicht mehr das, was man von ihnen erwartet, während sie doch an den anderen Stellen des Körpers, wie z. B. am Kopf, ihre ursprünglichen Züge auch histologisch bewahren. Die zahlreichen Möglichkeiten der örtlichen Schädigung und Infektion dürften mit ein Grund dafür sein, daß das anfängliche Bild so oft verwischt ist. Denn die Sacralgegend ist mannigfachen Einwirkungen der Außenwelt ausgesetzt, sodaß Stürze bei allen möglichen Gelegenheiten, dauerndes Reiben der Kleidung, längeres Sitzen wie etwa beim Autofahren und beim Reiten, aber auch sonst allerlei chronische Einwirkungen mitspielen können. So ist es denn kein Zufall, wenn sich in unserem Krankengut der letzten 7 Jahre mehrfach die Angabe über ein Trauma findet, oder unter 42 Patienten (27 Frauen, 15 Männer) 5 Schneiderinnen sind, bei denen sicher das dauernde Sitzen mit für die Auslösung der Krankheit verantwortlich gemacht werden muß.

Um zu einem besseren Verständnis der Dermoide und Fisteln der Sacrococcygealregion zu gelangen, muß auf die Entwicklungsgeschichte eingegangen werden. Eine übersichtliche Darstellung der entsprechenden Vorgänge findet man bei Unger und Brugsch, daneben haben sich auch Ecker, Tourneux und Herrmann ausführlicher mit diesen Fragen beschäftigt. Nach den Darstel-

lungen von Unger und Brugsch kommt es in der Fetalzeit zu einer Reduktion der Wirbelanlagen von maximal 38 auf 33. Dieser Vorgang betrifft nur das Schwanzende. Das Medullarende, das ursprünglich bis zur caudalen Schwanzanlage reicht, zieht sich bei der Rückbildung der Wirbelanlage höher in die Höhle des Wirbelkanals zurück. Das Caudalende wird dabei zu einem dünnen Faden, dem filum terminale, umgestaltet. Dieses caudale Rückenmarksrudiment weist an seinem Ende ein fast vollständig abgeschnürtes Bläschen auf. Tourneux und Herrmann haben es vestiges medullaires coccygiennes genannt. Dieses Bläschen wird ebenso wie der Endteil des filum terminale (Unger und Brugsch) von einem mesodermalen Bindegewebszug begleitet. Normalerweise bildet sich das kleine Bläschen nachher bis zur Geburt bis auf Reste wieder zurück. Aus diesen Resten, die wohl der Genese nach einheitlich sind, können verschiedenartige Neubildungen ihren Ausgang nehmen. So können Dermoide, Epidermoide, Teratome, Neuroepitheliale Tumoren und Zysten mit Auskleidung von Zylinderepithel hervorgehen. Die Tatsache der histologischen Verschiedenheit ließe sich durch Differenzierung oder Metaplasie erklären. (Tourneux und Herrmann, Wieting, Nové-Josserand). Das ligamentum caudale zieht von der Spitze des Steißbeines schräg zur Haut der Gesäßfalte. Der Ansatzpunkt und der umgebende Hautbezirk sind haarlos. Ecker hat diese Stelle zuerst als Steißglatze (glabella coccygealis) beschrieben. Gegen Ende des Fetallebens erfährt die Steißglatze eine Umwandlung. Sie wird zur Fistula coccygea. Bei sehr viel Neugeborenen kann sie noch festgestellt werden. Madelung hat bei Neugeborenen sehr häufig diese Fovea bzw. Foveola gesehen. Er hat auch mitgeteilt, daß Studenten bei Steißgeburten dieses Grübchen oft mit dem After verwechselten, den Anus für die Vulva hielten und infolgedessen das Kind als weiblich ansahen. Auch beim Erwachsenen, allerdings seltener als bei Kindern, hat Madelung 1885 zuerst eine grübchenförmige

Hauteinziehung im Bereich der Steißbeingegend beschrieben und diese mit den Sacrococcygealfisteln in näheren Zusammenhang gebracht. Hinsichtlich ihrer Genese sind diese Bildungen mit den Dermoidzysten auf eine Stufe zu stellen. Sie treten häufig zusammen mit diesen auf. Sie sind darum diagnostisch wichtig. Ihre Ausbildung kann verschieden sein. Je nach ihrer Form und Größe bezeichnet man sie als Fovea, Foveola, Delle, Grübchen oder Infundibulum, wenn sie tiefer gehen als Fisteln. Manchmal kommen auch mehrere Grübchen (bis zu 8) vor. Dabei ist es wesentlich, daß sie immer in der Medianebene liegen. Lannelongue, Heurtaux und Wette geben an, daß das dem Anus zunächst liegende Grübchen am ausgeprägtesten ist. Bei Lannelongue ist auch ein Mann erwähnt, der eine große Fistel besaß, die von der Frau des Kranken als Anus angesehen und darum zur Temperaturmessung benutzt wurde.

Madelung hat einige Fälle beschrieben bei denen eine familiäre Häufung der Foveola deutlich war. Er führt einen Stammbaum an, aus dem die dominante Vererbung ersichtlich ist. Ebenso haben Lawson Tait, Unger und Brugsch diese Anomalie durch zwei bis drei Generationen hindurch verfolgen können. Wenn man diese Bildungen „zu jenen wenig beachteten Degenerationszeichen zählt, die dem Psychiater in der Regel besser bekannt sind als dem Chirurgen", so geht man sicher zu weit, wie Stolper dies getan hat. Der Vollständigkeit halber erwähne ich noch, daß wir familiäres Auftreten von Sacraldermoiden einmal auch zusammen mit Fistula sacrococcygea sowie Foveola bei Ehler und Klemm angeführt finden.

Die Mehrzahl der Autoren, die sich mit dieser Frage beschäftigt hat, sieht also in dem eben geschilderten Grübchen und fistelartigen Hautkanälen Entwicklungsstörungen, die mit den Dermoiden dieser Gegend genetische Zusammenhänge aufweisen. So wären die oberflächlichen Grübchen die am wenigsten ausgebildeten

Formen, dann kämen die in die Tiefe reichenden fistelartigen Hautkanäle, und am Ende dieser Reihe ständen dann die unter der Haut völlig getrennt liegenden Dermoide.

Aus den verschiedensten Arbeiten über die Sacrococcygealfisteln kam man zu der Auffassung, daß diese Fisteln und Abszesse sich letzten Endes vom caudalen Rückenmarksrest herleiten ließen oder mit congenitalen Hautverwerfungen in Zusammenhang gebracht werden müßten. Nach Oehlecker haben die caudalen Rückenmarksreste scheinbar gar keine oder selten eine ursächliche Beziehung zu den Sacralabszessen. Nach seiner Ansicht sollen die Zysten mit Zylinderepithel versehen sein, wobei er eine Metaplasie nicht in Betracht zieht. 1925 veröffentlichte er Befunde von epidermoidalen Gängen, die sich in der Nähe von sacrococcygealen Fisteln und Abszessen fanden. Das würde für einen Zusammenhang mit Hautverlagerungen sprechen.

Eine vollkommen neue Ansicht über diese Fragen hat Meyer-Burgdorff in seinem Vortrag auf dem Chirurgenkongreß 1934 geäußert. Bei den Untersuchungen, die er anstellte, beobachtete er ebenfalls diese Gänge. Er sieht sie jedoch als divertikelartige Ausziehungen der Epidermis in die Subcutis an, die durch mechanische Zugwirkungen zustande gekommen sein sollen. Die Tatsachen, die ihn zu dieser neuen Ansicht kommen lassen, und die gegen den Zusammenhang dieser congenitalen Bildungen mit den sog. Sacraldermoiden der mittleren Lebensjahre, vor allem der Frauen jenseits des 18. Lebensjahres sprechen, sind etwa folgende:

Das Grübchen in der Steißbeingegend erfährt von der Geburt an eine allmähliche Rückbildung. Beim Erwachsenen ist diese Anomalie im Sinne der Eckerschen Fistel selten. Die Häufigkeit der Sacralfisteln in den mittleren Lebensjahren spricht also gegen die vorhergenannte Tatsache. Außerdem liegen, wie in den entwicklungsgeschichtlichen Darstellungen gezeigt wurde, die Einsenkungen des Grübchens im haarlosen Bezirk. Der

Befund von Haaren in den Fisteln und Abszessen steht also dazu in Widerspruch. Ferner unterscheidet Meyer-Burgdorff die groben Epitheleinsenkungen im Bereich der Fovea und die feinsten Hautkanäle, die zwar median gelegen aber eine Ausdehnung von 5 cm und mehr zeigen in einer Anzahl bis zu 8. Diese epithelialen Einsenkungen, die sich zweifellos zu den Sacralabszessen in Beziehung bringen lassen, kann man nach Meyer-Burgdorff nicht entwicklungsgeschichtlich deuten. Nach seiner Meinung entstehen sie, wie anfangs schon erwähnt, wenn sich ein Zug an der durch Bindegewebe straff fixierten Kreuzsteißbeinhaut geltend macht und die Ansätze in der Epidermis auf ihrem alten Niveau zurückgehalten werden. So wird dann die Gesäßspalte tiefer und der Sekretabfluß verhindert. Besonders günstige Verhältnisse für die Entstehung solcher Hauteinsenkungen bieten sich bei der geschlechtsreifen Frau, wo das zunehmende Fettpolster des Gesäßes an der Kreuzbeinhaut einen Zug entfaltet, sodaß es dann zu einer Vertiefung der Gesäßspalte bis zu 5 cm und mehr kommen kann. Zug und traumatische Reize jeder Art machen sich an den Epitheleinsenkungen immer stärker bemerkbar. Aus irgend einem Grunde kommt es dann gelegentlich zur Sekretverhaltung. Nachher erfolgt schließlich ein Durchbruch des Sekretes nach der Seite des geringsten Gewebswiderstandes hin. Beim Mann sind die gleichen Möglichkeiten bei starker Behaarung oder femininem Fettpolster gegeben. Meyer-Burgdorff hält also die Fisteln für erworben und setzt sie in Parallele zu den Divertikeln des Magen-Darmtractus, bei dem sicher neben angeborenen auch erworbene Divertikel vorkommen. An der Haut dürfte dann die Haarpapille dieselbe Rolle spielen wie beim Darm die Gefäßlücke, an der entlang ja häufig Darmdivertikel zur Ausbildung gelangen.

Auffallend ist es, daß das Leiden sich vorwiegend in der postpubertalen Zeit findet. Aus dem gesamten Krankengut der Heidelberger chirurgischen Klinik über die

letzten 7 Jahre (etwa 42 Fälle) ergibt sich, daß die Kranken zumeist vor Beendigung des 25. Lebensjahres zur Einweisung kamen. Jedoch zeigt die Anamnese, daß der Krankheitsbeginn in den meisten Fällen früher anzusetzen war. Von den Männern (15) kamen 13 vor Beendigung des 28. Jahres, nur 2 wesentlich später, mit 39 und 40 Jahren. Von den Frauen kamen 23 mit etwa 23 bis 24 Jahren, nur 4 im Alter von etwa 40—50 Jahren. Dabei ist zu betonen, daß der Krankheitsbeginn bei Männern etwa bei 24 Jahren, bei Frauen etwa bei 20 Jahren lag. Im ganzen zeigt sich aus der Zusammenstellung klar, daß dieses Krankheitsbild bei Frauen viel häufiger auftritt und auch wesentlich früher beginnt als bei Männern. Man kann daraus folgern, daß innersekretorische Vorgänge für die Entwicklung und die Auslösung des Leidens mitverantwortlich zu machen sind. Truog hat aus der Literatur und der chirurgischen Universitätsklinik Zürich 138 Fälle zusammengestellt, davon 77 weiblich und 61 männlich. Hierbei ist der Unterschied in der Beteiligung der beiden Geschlechter belanglos. Jedoch zeigt die statistische Durchsicht bei anderen Autoren ein starkes Ueberwiegen des weiblichen Anteils. So sah Oehlecker 15 weibliche und 2 männliche, Hansen 12 männliche und 6 weibliche Fälle. Die zahlreichen Anamnesen zeigen, daß die Krankheit schon länger bestanden hat. Eine große Anzahl von Kranken trug ihr Leiden bereits etwa 5 bis 15 Jahre vorher mit sich herum. Einmal reichte bei einem 20jährigen Mädchen der Beginn der Krankheit bis in das 6. Lebensjahr zurück. Nur selten liegt der Termin der Erkrankung einige Wochen oder gar Tage zurück. 12 von den 42 Kranken kamen zur Einweisung, nachdem sie schon in den vorhergegangenen Jahren zumeist mit Incision behandelt waren. Bei mehreren von Ihnen war es nach einem langwierigen Heilungsverlauf zu häufigen Rückfällen gekommen. Die Intervalle des Wohlbefindens waren dabei verschieden lang. Gewöhnlich dauert es mehrere Monate oder auch nur einige Wochen bis es wieder zu einer Neuerkrankung

kommt. Andererseits ist es auch möglich, daß eine symptomlose Zeit von mehreren Jahren vorübergeht. Bei den erstmals zur Aufnahme gelangenden Patienten findet sich dagegen meist eine kurze Anamnese. Im allgemeinen geben die Kranken keine besondere Ursache für den Ausbruch der Erkrankung an. In unserem Krankengut findet sich jedoch mehrmals die Angabe eines kleinen Traumas oder chronisch wirkender Reize auf die Gesäßregion. (Reiten, Autofahren, dauerndes Sitzen.)

2mal findet sich in den Krankengeschichten die Besonderheit, daß die Menstruation das Leiden verschlimmert hat.

Der Lokalbefund, den man im allgemeinen antrifft, zeigt verschiedene Bilder. In der Hauptsache bekommt man Abszesse bzw. entzündliche Infiltrate zu sehen. Die entzündete Gesäßfalte kann alle Uebergänge von der akuten bis zur chronischen Entzündung aufweisen. Dabei treten auch Schmerzen, Fieber, Rötung und Schwellung auf. Besonders bei stärkerer Beanspruchung der Glutäalregion, also beim Sitzen, Gehen und Liegen auf dem Rücken, stellen sich größere Schmerzen ein. Der Sitz der Rötung und Schwellung zeigt meist keine Symmetrie. Häufig liegen die kirsch- bis überfaustgroßen Entzündungsherde auf einer Seite der Medianlinie, indem sie nur mit einem kleinen Teil auf die Gegenseite hinüberreichen. Zuweilen ist die Entzündung auch streng halbseitig lokalisiert. Von Abszedierung kann man alle Formen bis zur Phlegmone sehen. Manchmal reichen die Einsenkungen nicht weit in die Tiefe, sondern liegen nur oberflächlich im Gesäß. Häufig kommt es im Anschluß an die eitrige Gewebseinschmelzung zu Spontanperforation. Diese erfolgt fast immer paramedian. Dann bleibt spontan oder nach einer vorgenommenen Incision meist eine Fistel zurück. Diese durch Perforation entstandene Fisteln liegen im Gegensatz zu den oben geschilderten fistelartigen Hauteinsenkungen nicht in der Medianlinie. Man hat sie auch als sekundäre Fisteln bezeichnet, um sie von den eben

genannten primären der Medianlinie abzutrennen. Daß infolge der Abszedierung, wie aus dem Krankengut ersichtlich ist, von den vorher vielleicht vorhandenen, diagnostisch wichtigen Hauteinziehungen nichts mehr zu sehen ist, scheint verständlich. Jedenfalls wird man darauf als diagnostisch wichtiges Zeichen in weniger vorgerückten Stadien, wo sie noch nicht durch Nekrose zu Grunde gegangen sind, immer zu achten haben.

Von den in der Heidelberger chirurgischen Klinik excidierten, meist schon entzündet gewesenen sogenannten Sacraldermoiden bzw. sacrococcygealen Fisteln wurden beinahe alle histologisch untersucht. Pathologisch-anatomisch fand sich dabei nicht ein einziges Dermoid, das seine ursprüngliche Gestalt und Histologie bewahrt hätte. Winterstein berichtet an Hand von 19 histologischen Befunden, die z. Teil aus dem pathologischen Institut der Universität Zürich (Prof. v. Meyenburg), z. Teil aus dem Laboratorium der chir. Klinik stammen, daß 5mal die histologische Diagnose eines Dermoides gestellt werden konnte. Dazu kamen noch 2 Fälle, die auf Grund des Vorhandenseins von Haaren klinisch als Dermoide zählen können. Der Befund von Haaren in der Tiefe ließ sich auch bei unserem Krankengut in 3 Fällen erheben. In der überwiegenden Mehrzahl bot sich histologisch das Bild einer chronischen entzündlichen Veränderung und zelligen Infiltration des umliegenden Bindegewebes. Vor allem zeigte die Wandung des Fistelganges dichteste leuko-lympho-plasmocytäre Infiltration. Auch in weiterer Entfernung des Fistelganges war das Gewebe der bindegewebigen Haut oft ausgedehnt entzündlich oedematös durchfeuchtet und mit Entzündungszellen durchsetzt.

Mehrmals fand sich junges Granulationsgewebe mit massenhaft vorkommenden Fremdkörperriesenzellen. Diese waren oft um homogene, hornartige Massen, offenbar Haare gelagert. In einigen Fällen, die nicht die üblichen entzündlichen Veränderungen aufwiesen, war der Fistelgang ausgekleidet von einem geschichteten verhornenden

Plattenepithel mit einer Keratohyalin- und Eleidinschicht. Das angrenzende Bindegewebe zeigte dabei mäßig stellenweise lymphozytäre Infiltration. An anderen Stellen, ebenfalls in der Umgebung des Ganges, fanden sich mobilisierte Histiozyten, die Eisenpigment phagozytiert hatten. Es ließen sich also hauptsächlich chronische subakute selten akute entzündliche Veränderungen, zuweilen auch Narbengewebe feststellen. Für ein Dermoid jedoch fehlten die Anhaltspunkte bei allen untersuchten Präparaten, eine Tatsache, die eingangs schon erwähnt wurde. Niemals ließ sich tuberkulöses Gewebe nachweisen. Es sei dies betont, da in dieser Gegend auch einmal andere säurefeste Stäbchen gefunden werden. Da man bei fistelnden Prozessen der Sacralregion häufig an Tuberkulose zu denken gewohnt ist, ist es ratsam, nach Tuberkelbazillen zu fahnden. Dabei beweist der direkte Ausstrich nichts. Nur bakteriologische und histologische Diagnostik kann entscheiden. Oft lassen sich die Foveolae und Fisteln sondieren und führen dann in sackartig erweiterte Räume, die walnuß- bis männerfaustgroß sein können. In einem unserer Fälle gelangte man bei einem 19jährigen Mädchen in Verfolgung des Fistelganges nach Resektion des distalen Steißbeinendes in eine leere Höhle von der Größe zweier Männerfäuste. Diese war von einer zarten Membran ausgekleidet und ist wohl als eine Mißbildung aufzufassen.

Bei bestehender Sekretion entleert sich entweder spontan oder auf leichten Druck hin seröser, trüber oder übelriechender Eiter. Darin finden sich meist Colibazillen, Staphylo- und Streptokokken.

Zur Diagnose der Erkrankung sei folgendes bemerkt: In den meisten Fällen wird man sie schon nach dem klinischen Befund rein makroskopisch stellen können. Nach Oehlecker zählt auch das Sacraldermoid und der meist daraus hervorgehende Abszeß abgesehen vom Dekubitus zu den wichtigsten Erkrankungen der Sacrococcygealregion. Oft gelangt man schon auf Grund der äußerst typischen Anamnese zu einer klaren Auffassung

über die vorliegende Krankheit. Die Vorgeschichte kehrt dabei meist in derselben oder ganz ähnlichen Weise wieder. Als erstes Krankheitszeichen geben die Kranken gewöhnlich eine Entzündung in der Glutäalfalte im Bereich der Steißbeingegend an. Meist trat diese auf, ohne daß vorher etwas Auffälliges an dieser Stelle zu bemerken war. Im Anschluß daran kam es dann zur Ausbildung eines Abszesses, der erst den Kranken in ärztliche Behandlung führte. Der Abszeß wurde dann eröffnet, heilte dann entweder ganz aus, oder es blieb eine Fistel zurück, die keine Neigung zur Heilung zeigte, und aus der es beständig zur Sekretion von Eiter kam. Bei den Fällen, die noch eine Heilung der Wunde zeigten, konnte man nach Monaten oder auch nach Jahren immer wieder eine neue Abszedierung und Fistelbildung feststellen.

Von Komplikationen möchte ich Trombophlebitis Sepsis u. a. anführen. Einmal, dies sei besonders hervorgehoben, nahm die Krankheit einen sehr raschen und tragischen Verlauf. Bei einem 21jährigen Mädchen mit einem in der Glutäalregion befindlichen Abszeß, der 2faustgroß war und etwa 5 Liter Eiter entleerte, war es zu einer schweren Allgemeininfektion mit Beteiligung des Endo- und Pericards gekommen. Im weiteren Verlauf gesellte sich noch eine beiderseitige Parotitis dazu. Die Kranke erlitt einen rapiden Verfall und starb dann auch bald. Im allgemeinen ist jedoch das Krankheitsbild nicht als schwer zu betrachten. Die Patienten verzögern häufig eine endgültige Behandlung. Denn zeitweise sind sie auch nur wenig belästigt, oder fühlen sich sehr lange vollkommen gesund. Ein anderer Grund jedoch liegt aber darin, daß vielen Aerzten das Krankheitsbild nicht genau bekannt ist. So wird meistens eine symptomatische Therapie getrieben.

Schon frühzeitig haben gute Kenner der Krankheit, wie Gussenbauer, Schulz, Küttner, Steinthal und Oehlecker auf die Häufigkeit der Fehldiagnose hingewiesen. Man sollte bei jeder Entzündung, Abszedierung,

Schwellung und Fistel über der Sacrococcygealregion an das geschilderte Krankheitsbild denken. Aus den Einweisungsdiagnosen läßt sich sagen, daß das Wesen der Krankheit in den meisten Fällen nicht richtig erfaßt wurde. Die Diagnosen einer Fistel oder eines Abszesses halten sich nur an das rein Aeßerliche, zeigen jedoch nicht die Ursachen auf, die dahinter versteckt sind. Von sonstigen Einweisungsdiagnosen seien genannt: Furunkel, Karbunkel, periproktitischer Abszeß, Periostitis des Steißbeins usw. Am häufigsten wird diese Erkrankung wegen ihres chronisch rezidivierenden Charakters als Tuberkulose des os sacrum oder des Ileosacralgelenkes gedeutet. Dies ist auch verständlich, da man ja beim Vorliegen von Fisteln in erster Linie an Knochenfisteln zu denken hat, die ja fast immer tuberkulöser Aetiologie sind und meist vom os sacrum oder vom Ileosacralgelenk ihren Ausgang nehmen. Man wird jedoch in solchen Fällen erstens nach Tuberkelbazillen suchen, wie das an anderer Stelle bereits erwähnt ist, zweitens vom Röntgenbild Gebrauch machen, wobei man gelegentlich Fistelfüllungen ausführen kann, die dann verschieden lange Gänge und verschieden lange Höhlen zeigen.

Wenn auch eine falsch gestellte Diagnose den Kranken nicht in Gefahr bringt, so wird man doch die zahlreichen Rückfälle weitgehendst vermeiden können, wenn man daran geht, das Grundübel zu beseitigen. Mit der bloßen Incision vermag man das Leiden nicht zu heilen. Man beherrscht damit nur ein Symptom der Krankheit. Bei akuter Entzündung kann man natürlich nur eine Incision des Abszesses vornehmen, worauf die subjektiven Beschwerden rasch zurückgehen werden. Daran sollte sich immer in dem Stadium, in dem die akuten Entzündungserscheinungen abgeklungen sind oder dann, wenn die Entzündung oder die sezernierenden Fisteln chronisch geworden sind, die Radikaloperation anschließen. Die eingehende Darstellung der Aetiologie und der Morphologie der sacralen Dermoide und der sacrococcygealen Fisteln zeigt, daß

die gewöhnliche Behandlung der Fisteln und Abszesse mit Incision oder auch mit Exstirpation nicht genügt. Die Behandlung kann nur in einer Radikaloperation bestehen, indem man das ganze Haut- und Unterhautzellgewebsstück zwischen Steißbeinspitze und dem obersten Ende des entzündlichen Infiltrates exstirpiert.

Literatur.

Bergmann, E.: Zur Diagnose der angeborenen Sacralgeschwülste. Berl. Klin. Wschr. 1884, S. 761—765 u. 780—785.

Borst, M.: Die angeborenen Geschwülste der Sacralregion. Centralblatt f. allg. Path. u. path. Anat. 9, 1898 S. 449—501.

Cederbaum, L.: Zur Aetiologie u. Klinik der Dermoide u. Epidermoide. Bruns Beiträge z. klin. Chir. 88, 1914, S. 92—120.

Ecker, A.: Der Steißhaarwirbel, die Steißbeinglatze u. das Steißbeingrübchen als Ueberbleibsel embryonaler Formen etc. Arch. Antropol. 12, 129, 1880.

Ehler, F.: Zur Casuistik der sacrococcygealen Dermoidfisteln. Zentralbl. f. Chir. 1910, S. 1205.

Gussenbauer: Ueber sacrale Dermoide. Prager med. Woch.schr. 1893, S. 441—442.

Herrmann, C. u. Tourneux, F.: Sur l'origine des tumeures congenitales de la region-sacro-coccygiene. Journ. de l'anat. et de la physiol. 1905, S. 113—120 u. 129—131.

Hinterstoißer, H.: Centralbl. f. Chir. 1924, S. 1903.

Klemm, P.: Die congenitalen Hauteinstülpungen am unteren Leibesende. Langenbeck, Arch. klin. Chir. 89, 1909, S. 243—252.

Küttner, E.: Beiträge zur Klinik der Dermoide. Centralbl. f. Chir. 1914, S. 1440—41.

Madelung, O.: Ueber die Foveola coccygea (Ecker) Centralbl. f. Chir. 12, 1885, S. 761—764.

Meyer-Burgdorff: Arch. f. klin. Chir. 180, 406.

Oehlecker: Sacralabszesse bei congenitalen Hautverlagerungen. Deutsche Zeitschr. f. Chir. 197 1926 S. 262—279.

Lexer, E.: Lehrb. der allg. Chir. Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1928, Bd. 2 S. 412—415.

Stolper, P.: Die angeborenen Geschwülste der Kreuzsteißbeingegend. Deutsche Zeitschr. f. Chir. 50, 1899, S. 207—280.

Truog, G.: Inaug. Diss. Zürich 1931.

Unger, E. u. Brugsch, Th.: Zur Kenntnis der Fovea u. Fistula Sacrococcygea s. caudalis u. der Entwicklung des lig. caudale beim Menschen. Arch. f. mikr. Anat. u. Entw. 61, 1903, S. 151-219.

Wette, Th.: Ueber die Fisteln und Geschwülste der Sacrococcygealgegend, Dermoide im Sacrakanal. Langenbeck, Arch. für klin. Chir. 47, 1894, S. 343—357.

Wieting, A.: Beitr. zu den Geschw. der Kreuzsteißbeingegend. Bruns Beitr. z. klin. Chir, 36, 1902 S. 664—688.

Winterstein: Chirurg. 1933, 241.

Lebenslauf.

Als Sohn des Schneidermeisters Alois Leschnik und seiner Ehefrau Marie, geb. Lomania wurde ich am 8. Oktober 1913 zu Gleiwitz/Oberschlesien geboren. Nach vierjähriger Grundschule besuchte ich neun Jahre lang das Staatl. Gymnasium zu Gleiwitz, Oberschlesien. Hier machte ich Ostern 1933 auch mein Abitur. Nach dem freiwilligen Werkhalbjahr im Sommer 1933 begann ich in Freiburg i. Br. mit dem med. Studium. Weiterhin studierte ich in Tübingen, Danzig und Heidelberg. Die med. Vorprüfung (Febr. 1936) legte ich in Heidelberg ab, ebenso das Staatsexamen (Febr. 1939).